Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 1 sierpnia 1885. № 31. Rok XXIV.

I. O rozpoznawaniu jam w miąższu płucnym.

Wykład habilitacyjny Dra W. Antoniego Gluzińskiego,
I asystenta kliniki lek.

Panowie! Na zebraniu dzisiejszém mam Panom rozebrać temat o rozpoznawaniu jam w miąższu płucnym. Przedmiot ten, należący do ścisłéj dyjagnostyki, a na zawsze związany z nazwiskami Škody, Wintricha, Gerhardta, ma podwójną dla nas wagę. Z jednéj strony dobre rozpoznanie, to dobre rokowanie i leczenie, z drugiéj to ta okoliczność, że biegłość w niém może stanowić kryteryjum dla lekarza, o ile opanował najważniejszą podstawę rozpoznawania, t. j. fizyczne badanie. Naturalną jest rzeczą, że mówiąc w ogólności o rozpoznawaniu jam mam na myśli nie same jamy w płucu dotkniętém gruźlicą powstałe, lecz i jamy, jakie się rozwijają, jużto po ropniu, jużtéż po zgorzeli, jużtéż w skutek rozstrzeni oskrzelowéj. Czy jedne lub drugie weźmiemy na uwagę w rozpoznawaniu, musimy postępować tą samą drogą, oprzeć się na tych samych prawidłach fizycznych, a dopiero w innych miejscach organizmu wykazalne zmiany, umiejscowienie jamy, przebieg choroby, badanie plwocin itd. wskażą nam podstawę i przyrodę wybadanéj jamy.

W badaniu tém należy nam trzymać się pewnego porządku, aby nie pominąć żadnego szczegółu, których suma daje nam dopiero stanowczą pewność rozpoznawczą. Kolejno zatém przechodzimy oglądanie, obmacywanie, wypuk i przysłuch, a do pomocy bierzemy jeszcze tak makroskopowy jak mikroskopowy wygląd plwocin. Wyniki otrzymane temi sposobami badania nie będą wszystkie równorzędnéj wartości rozpoznawczéj, pominąć jednak żadnego nie wolno, nie chcąc nieraz stracić szczegółu, któryby nas skierował na drogę dobrego rozpoznania.

Jak we wszystkiém tak i tutaj mamy zakreślone pewne granice możebności rozpoznawczéj, poza które nie możemy się posunąć. Aby rozpoznać jamę potrzeba na to pewnych warunków fizycznych. Brak ich częściowy utrudnia nam zadanie, brak zupełny czyni je niemożebném, ztąd i dziwić się nie będziemy znajdując nieraz na stole sekcyjnym jamę w miąższu płucnym, o istnieniu któréj za życia nie mieliśmy żadnego pojęcia.

Warunki te poznamy z biegiem wykładu.

Obecnie przystępując do szczegółowego rozbioru poruszonéj kwestyi powiem od razu, że oglądaniem i obmacywaniem klatki piersiowéj znajdziemy drugorzędne, nie patognomoniczne objawy jam. Pierwszém stwierdzić możemy np. zapadnięcie się klatki piersiowéj nad miejscem, gdzie jama się znajduje, mniejszą poruszalność téj części, zapadanie się wdechowe lub wypuklanie wydechowe przestworów międzyżebrowych w tém miejscu itd.; drugiém wzmożenie drżenia klatki piersiowéj, osłabienie lub zniesienie takowego, niekiedy pewne wyczuwalne szmery itd. Objawy te jednak są wspólne i innym zmianom w miąższu płucnym, dopiero opukiwaniem i przysłuchem znajdujemy cechy, które nas uprawnią do stanowczego rozpoznania jamy. Nad niemi kolejno zastanowimy się téż obszerniéj.

Opukując miejsce, pod którém leży jama, możemy otrzymać czworaki (pomijam odgłos rozbitego garnka — *bruit de pot* — jako wcale niecharakterystyczny) wypuk: 1) jawny niebębenkowy, 2) stłumiony, 3) bębenkowy, 4) metaliczny.

Z pierwszym, t. j. jawnym niebębenkowym, spotykamy się w tych razach, gdy jama jest oddzieloną od kl. piersiowéj odpowiednio grubą warstwą powietrznego miąższu płucnego. Rzadko się to zdarza przy jamach gruźliczych, najczęściéj przy rozstrzeniach oskrzelowych. O wypuku tym wspominam tutaj dla tego, że niekiedy, chociaż wprawdzie tylko chwilowo, i nad jamą blisko powierzchni położoną, nad którą stale odgłos bębenkowy przy opukiwaniu powstawał, możemy otrzymać odgłos jawny niebębenkowy, gdy

przy głębokim wdechu ściany jamy silniéj napną się, np. podczas wdechu, jak o tém pierwszy wspomina już Wintrich lub gdy na chwilę zatka się oskrzele łączące jamę z powietrzem zewnętrzném, na co pierwszy zwrócił uwagę Seitz.

Częściéj spotykamy się z odgłosem wypukowym przytłumionym lub stłumionym; jużto, gdy ekskawacyja mała lub nawet większa otoczona jest odpowiednią grubą warstwą miąższu płucnego bezpowietrznego, jużtéż gdy opukujemy jamę, choćby blisko powierzchni leżącą, ale w miejsce powietrza wypełnioną płynną treścią. Obydwa te odgłosy, tak jawny jak i stłumiony, nie stanowią wcale cechy rozpoznawczéj; nie są one właściwe jamom, bo pouczają nas tylko, czy pod miejscem opukiwaném znajduje się miąższ płucny zawierający powietrze czy też nie.

Wspominam o nich dla dokładności, wspominam i dla tego, że w odgłosie stłumionym przecież mamy dla jam niekiedy dość ważny objaw rozpoznawczy. Ma to miejsce, gdy w jedném i tém samém miejscu stwierdzamy raz odgłos jawny bębenkowy, badając innym razem stłumiony, który po wykrztuszeniu znaczniejszéj ilości plwociu napowrót staje się jawnym. Wytłumaczenie objawu tego łatwe: gdy w jamie znajduje się powietrze, będzie odgłos jawny, gdy wydzielina ją wypełni, powstają warunki dla odgłosu stłumionego. Ta zamiana więc odgłosu stłumionego w jawny bębenkowy, i na odwrót, zwłaszcza przy obfitszém odkrztuszaniu, jest pierwszą ważną cechą rozpoznawczą, na którą uwagę Panów zwracam.

Najczęstszym a po części też i najważniejszym odgłosem dla rozpoznawania jam jest odgłos bębenkowy. Niezbędnemi warunkami dla jego powstania są: aby jama mniéj lub więcéj była wypełnioną powietrzem, aby otoczona była bezpowietrznym miąższem płucnym, leżała blisko powierzchni i łączyła się z oskrzelem. Niezbędna wielkość jamy dla powstania tego odgłosu nie da się w cyfrach wyrazić. Sprzyjające okoliczności, jak podatna i elastyczna klatka piersiowa, większa zawartość powietrza w jamie, swobodniejsza jéj komunikacyja z oskrzelem, zupełnie zbity i bezpowietrzny otaczający miąższ płucny, położenie blisko powierzchni, pozwalają już przy mniejszych rozmiarach jamy wywołać odgłos bębenkowy; gdy znacznie rozwinięta tkanka tłuszczowa, obrzęklina skóry, niepodatność klatki piersiowéj, wąskie ujście do oskrzela lub zatkanie tegoż, mała zawartość powietrza a znaczna płynnéj treści, powietrzność otaczającego miąższu płucnego stanowią przeszkodę, że nawet nad jamami dość znacznemi i blisko powierzchni położonemi nie zdołamy wydobyć odgłosu bębenkowego. W kierunku tym posługujemy się do dziś dnia wyrażeniem Škody, które brzmi: „jamy w płucu otoczone nacieklym miąższem i zawierające powietrze dają zawsze odgłos bębenkowy, jeżeli leżą bliżéj powierzchni i są wielkości plesymetra“; a na inném miejscu do tego dodaje: „że muszą być najmniéj wielkości orzecha lub musi ich być kilka mniejszych obok siebie“.

Otrzymany odgłos bębenkowy, może być jużto jawnym jużtéż mniéj lub więcéj przytłumionym zależnie od tego, czy jama zawiera tylko powietrze czy téż mniéj lub więcéj płynnéj treści.

Odgłos ten bębenkowy, jak każdy bębenkowy, jako zbliżony do tonu w fizyczném jego rozumieniu, musi mieć swoją wysokość. Wysokość ta, jak uczy fizyka i codzienne doświadczenie, żależy przeważnie od rozmiarów jamy względnie jéj osi długiéj, od szerokości otworu łączącego jamę z oskrzelem i od napięcia saméj ściany.

Nie chcę Panów zajmować opisem doświadczeń, jakiemi ten wynik otrzymano, należy to bowiem do ogólnéj teoryi odgłosu bębenkowego, a powiem tylko, o czém się łatwo przekonać, że odgłos bębenkowy nad jamą wśród tych samych warunków otrzymany jest tém wyższy, im ściana jamy jest więcéj napiętą, np. podczas wdechu, im jest mniejszą a otwór do oskrzela szerszy czyli, że wysokość tego odgłosu stoi w stosunku odwrotnym do osi długiéj jamy względnie jéj wielkości, a w prostym do otworu oskrzela.

Mimochodem wspomnę tu, że w czasach, gdy przyjmowano rozmiary jamy jako główny moment wpływający na wysokość odgłosu bębenkowego, starano się (Gerchardt) zapomocą resonatorów Helmholza oznaczyć wielkość jamy. W obec podstawy jednak błędnéj wynik musiał być ujemny dowiodły zaś tego doświadczenia Schulzego, a zwłaszcza Eichorsta i Jacobsona.

Odgłos bębenkowy czy wyższy czy niższy, mniéj lub więcéj jasny sam przez się nie jest jeszcze cechującym dla jam ze względu, że spotykamy się z nim nad klatkę piersiową i w innych stanach chorobowych jak przy zwiotczeniu miąższu płucnego lub odmie piersiowéj. Dopiero cechy jego dalsze, o których zaraz wspomnę, pozwalają nam stanowczo rozpoznawać. Pierwszą i najdawniejszą z nich to cecha podana przez Wintricha, i dla tego nazwana objawem Wintricha, polegająca na fakcie: że odgłos bębenkowy nad jamą przy zamknięciu ust staje się niższym przy otwarciu wyższym. Niezbędnym warunkiem dla jego powstania jest wolna komunikacyja jamy z oskrzelem, a tego z tchawicą i jamą ustną. Dla wytłumaczenia objawu tego przyjął Wintrich, że przez opukiwanie wprawia się w drganie cały słup powietrza zarówno w jamie jak i w oskrzelu komunikującym, tchawicy i jamie ust. Na téj podstawie podciągnął wydobyty odgłos pod prawidła znane Panom z fizyki dla piszczałek na jednym tylko końcu otwartych, które opiewa, że wśród równych zresztą warunków piszczałka taka ma ton tém wyższy im otwór szerszy, ztąd i nad jamą przy otwarciu ust, a więc przy szerszym otworze, ogłos bębenkowy jest wyższy niż przy zamknięciu, t. j. otworze mniejszym.

Tłumaczenie to, jakkolwiek nęcące, znalazło jednak przeciwników zwłaszcza w Wielu i Neukirchu. Pierwszy wystąpił przeciw pojmowaniu w ten sposób rzeczy twierdząc że droga dla drgań od jamy aż do ust jest tak pokręconą i zmienną w swoich rozmiarach, że trudno przyjąć, aby drgania te, mogły się odbywać w ten sam sposób, jak w naczyniu jednostajnie cylindryczném jakiém jest piszczałka. Drugi już drogą doświadczalną wykazał, że w objawie Wintricha główną rolę gra jama ustna, która jest rodzajem resonatora ustawionego przy otwarciu ust dla tonów wyższych, ztąd w tym razie wyższy odgłos wypukowy, przy zamknięciu dla tonów niższych, ztąd niższy odgłos wypukowy.

Czy jedno lub drugie tłumaczenie przyjmiemy dla praktycznéj strony fakt pozostanie faktem, że objaw Wintricha jest ważną cechą odgłosu bębenkowego przy rozpoznawaniu jam. Aby wartość jego stała się jednak bezwzględną, musimy zachować pewne ostrożności. Pomijając już złudzenia słuchowe, których przez wprawę uniknąć możemy, opukiwanie musimy odbywać: 1) wśród téj saméj

fazy oddechowéj, np. podczas wdechu lub tylko wydechu, uwzględniając tę okoliczność, że wysokość każdego odgłosu bębenkowego zawisłą jest także od faz oddechowych, że odgłos ten przy wdechu staje się wyższym przy wydechu niższym; 2) opukiwać należy i szukać tego objawu nie w jedném lecz w rozmaitych położeniach chorego.

Punkt ten drugi jest szczególnie ważny, tą drogą bowiem zyskujemy drugą bardzo ważną cechę dla odgłosu bębenkowego nad jamą powstałego, na którą pierwszy zwrócił uwagę Gerhardt w dysertacyi Maritza i nazwał ją przerywanym objawem Wintricha. (C. d. n.)

II. Z kazuistyki dentystycznéj.

Napisał Dr. Szymkiewicz.

(Dokończenie Patrz Nr. 27).

Wracając do mojego obturatora nadmienię, iż na wspomnianym wyrostku płyty wywiercono obok siebie kilka otworków, a pomiędzy temi wycięto kauczuk w postaci małych trójkącików. Dziurki te i wycięcia służyć miały z jednéj strony do przeprowadzenia uszek z cienkiego druciku, na których miała się gutaperka zatrzymywać, z drugiéj strony zaś było ich zadaniem bezpiecznie i silnie połączyć wyrostek płyty z obturatorem, który po usunięciu gutaperki i drucików również z kauczuku miał być wykonany.

Po rozmiękczeniu tedy gutaperki w ciepłéj wodzie, ułożono ją w postaci pagórka naokoło wyrostka płyty i cały przyrząd wprowadzono do jamy ust pacyjenta, nakazując mu połykać i głośno mówić, aby mięśnie przy wykonywaniu tych funkcyj czynne, same przez się nadały kształt obturatorowi. I rzeczywiście po 24ch godzinach widzieć było można na stwardniałéj gutaperce odciski mięśni, nadmiar zaś jéj usunął się częścią ku górze, częścią ku dołowi. Nadmiar ten odkrojono ogrzanym nożem i cały przyrząd jeszcze raz wprowadzono do jamy ust, a skoro pacyjent przez 24 godzin nie użalał się na żadne objawy uciskowe, przystąpiono do wykonania tego obturatora z kauczuku. Zależało również na tém, aby obturator był o ile możności lekkim. Zrobiono go zatém w podobny sposób, jak wyżéj opisaną puszkę, z tą jednak różnicą, iż podczas gdy wszystkie ściany tamtéj wyścielał kauczuk twardy, tutaj boczne ściany wykonano z miękkiego kauczuku.

W ten sposób spełniono pomyślnie dwa zadania protezy, albowiem za pomocą sztucznych przyrządów, zastępujących ubytek w szczęce oraz podniebienie twarde i miękkie, przywrócono pacyjentowi zdolność żucia, przełykania i wyraźnego mówienia.

Rozumie się samo przez się, iż zanim przystąpiono do budowy sztucznego *velum palatinum*, musiano obmyślić sposób utrwalenia zrobionych części przyrządu w swojém położeniu, aby zadość uczynić trzeciemu zadaniu protezy. Zwykłe plyty kauczukowe lub metalowe z zębami przylegają ściśle do podniebienia pod wpływem ciśnienia atmosferycznego, przez co zbytecznem jest po największéj części inne ich umocowanie. W naszym jednak przypadku przestrzeń naturalnego twardego podniebienia nie wystarczała do utrzymania płyty w swém położeniu pod wpływem tylko ciśnienia powietrza tém bardziéj, iż ona sama, z powodu ku tyłowi sterczącego obturatora dość znaczny przedstawiała ciężar, a do tego jeszcze dźwigać musiała puszkę górną. Gdyby obok utrzymanych zębów po stronie lewéj był choć jeden ząb trzonowy z odpowiednim kostnym szkieletem szczęki po stronie prawéj zachowany, natenczas utrwalenie całego przyrządu w swojém położeniu za pomocą złotych blaszeczek, które siłą swéj sprężystości obejmują korony zębów, nie sprawiałoby żadnych trudności. W braku téj podpory użyto zębów dolnéj szczęki. Mianowicie wzdłuż wewnętrznéj powierzchni szyjek zębowych przeprowadzono złoty, dość gruby, drut półokrągły, który robiąc odpowiednie zgięcia w miarę zagłębiających się przestworów międzyzębowych, przebiegał naokoło ostatnich zębów trzonowych (zębów mądrości) na zewnątrz i rozciągał się, robiąc podobne zagięcia, aż do przestworu między pierwszym a drugim zębem trzonowym małym: tutaj przylutowano po obu stronach złote nasadki sprężyn. Dla wzmocnienia tego drutu w swém położeniu połączono część jego zewnętrzną i wewnętrzną za pomocą przylutowanych drucików, które w przestworach pomiędzy koronami sąsiadujących zębów łukowato przebiegały. Ponieważ jednak, jak wyżéj wspomniano, zęby stały zbyt obok siebie ścieśnione, przeto, dla pomieszczenia owych połączeń, musiano odpowiednie rowki na brzegach przylegających zębów wypiłowywać. Tym sposobem utwierdzone nasadki w górnéj i dolnéj szczęce po obu stronach, służyły do umocowania złotych sprężyn, które wypukłością łuków ku tyłowi zwrócone, wystarczały w zupełności do utrzymania całéj górnéj budowy w swojém położeniu, tém bardziéj, że i część utrzymanego twardego podniebienia oraz obydwa policzki niemałe pod tym względem oddawały usługi.

Tym sposobem uczyniono zadość wszystkim wskazaniom protezy, albowiem nietylko przywrócono choremu sztuczny aparat żucia, ale także umożebniono mu przełykanie i mówienie. Że przyrząd ten odpowiada swemu celowi, o tém świadczą pełne zadowolenia listy pacyjenta, który nawet krótki czas nie może się obejść bez swego aparatu. Jedyną tylko niedogodnością jest częste wyjmowanie go celem oczyszczenia jamy, w przeciwnym bowiem razie obficie wydzielający się śluz rozkłada się rychło i zanieczyszcza oddech pacyjenta. Czynności wyjmowania i wkładania, która z powodu niedostatecznego rozchylenia szczęk połączona jest z pewnemi trudnościami, dokonywa zwykle ktoś z otoczenia chorego, przyczém tenże językiem podtrzymuje puszkę a późniéj płytę przed założeniem rusztowania na zębach dolnych.

Oto jest krótki opis przyrządu, który przedstawiony na prywatném zebraniu dentystów berlińskich, w pracowni prof. Sauera, powszechne obudził zajęcie. A przecież wśród kilkuset dentystów, praktykujących w stolicy Zjednoczonych Niemiec, na palcach zliczyćby można tych, którzy się zajmują wyrabianiem podobnych przyrządów. Łatwo to zrozumieć, jeżeli się porówna trudności towarzyszące tego rodzaju pracy z materyjalną korzyścią, jaką ona przynieść jest w stanie. Czemżeż jest bowiem zrobienie chociażby najtrudniejszéj złotéj plomby, która się, w stosunku do zużytego czasu i materyjału, dobrze opłaca, wobec opisanego przyrządu, który tyle wymaga czasu i cierpliwości, a stosunkowo żadnych dla dentysty nie przynosi korzyści, z powodu, iż tego rodzaju przypadki zdarzają się najczęściéj w uboższéj klasie ludności. A jednak praca ta może w wysokim stopniu zająć uwagę i jest w stanie więcéj nauczyć od tuzina szablonowo wyrabianych sztucznych zębów.

Na zakończenie pozwolę sobie w krótkości opisać zasady, na których opiera się konstrukcyja obturatorów, służących do wypełnienia ubytku w podniebieniu miękkiém bez względu na to, czy są wrodzone (t. zw. wilcza paszcza) lub

nabyte. Obturator taki musi z jednéj strony wstrzymywać pokarmy i napoje od dostawania się do jamy nosa, z drugiéj strony jednak powinien przy mówieniu (z wyjątkiem t. zw. spółgłosek nosowych) stanowić tę samą zaporę dla fal głosowych. Zdawałoby się pozornie, iż obturator, mający kształt i rozmiary naturalnego podniebienia miękkiego, najlepiéj temu zadaniu odpowie. W rzeczywistości jednak tak nie jest, albowiem nie możemy przyrządowi nadać tych samych ruchów, jakie pod wpływem swoich mięśni podniebienie miękkie wykonywa i dla tego przyrząd naśladujący jego kształty, spoczywając nieruchomo, nie przyczyniałby się w niczém do szczelnego oddzielenia jamy noso-gardzielowéj od krtaniowo-gardzielowéj. W stanie prawidłowym obok ruchów podniebienia miękkiego bardzo ważną przytém odgrywa rolę mięsień zdziergacz gardziela górny (*constrictor phar. sup.*), który kurcząc się, a przez to wypuklając ku przodowi, zbliża tylną ścianę gardziela do równocześnie pod wpływem mięśnia *levator palati mollis* podnoszącego się podniebienia miękkiego, przez co oddzielenie obu jam gardziela nastaje. Na tę ważną fizyjologiczną czynność mięśnia *constr. phar. sup.* zwrócił pierwszy uwagę Passavant (*Uiber die Verschliessung des Schlundes beim Sprechen. Eine physiologische Untersuchung von Dr. Gustav Passavant.* Frankfurt n. M., 1863). Sztuczne *velum palatinum* zależy tedy głównie od tego mięśnia, ale musi się ono także akomodować do ruchów utrzymanych części naturalnego podniebienia. Działanie tych części uwydatnia się na podatnéj gutaperce i obturator przyjmuje zwykle kształt gruszkowaty. Przy skurczu mięśnia wspomnionego dotyka tylko ściana gardziela brzegu obturatora, przez co oddzielenie obu jam gardziela następuje, przy spokoju zaś tego mięśnia powstaje dostateczna przestrzeń do utrzymania drożności powietrza przy oddechaniu i do przejścia fal głosowych do jamy nosa przy wymawianiu dźwięków nosowych. Tą zasadą kierując się wykonał tutejszy dentysta Dr. W. Süersen (senior) pierwszy taki obturator i metodę swoją podał w r. 1867 do publicznéj wiadomości na Kongresie dentystów niemieckich w Hamburgu (*Uiber Gaumendefecte von Hofrath Dr. Wilhelm Süersen in Berlin.* Leipzig, 1877). Süersen robi ściany obturatora z twardego kauczuku, podczas gdy Szylcki w Berlinie radzi wykonywać boczne ściany z miękkiego kauczuku, aby ucisk utrzymanych części miękkiego podniebienia przyczyniał się do zbliżenia tylnéj ściany obturatora do tylnéj ściany gardziela. Jakkolwiek zapatrywanie to opiera się na czystéj illuzyi, albowiem obturator powinien być tak urządzony, aby otaczające mięśnie podczas skurczu tylko go dotykały a nie ugniatały, to jednak w naszym przypadku zrobiono boczne ściany z miękkiego kauczuku, mając wzgląd na ewentualne obrzmienie błony śluzowéj w otaczających częściach.

W przypadkach wrodzonych wad podniebienia miękkiego (w t. zw. wilczéj paszczy) obturator z początku nie polepsza wymowy, zwłaszcza jeżeli pacyjent w późniejszym znajduje się wieku i skutkiem ciągłego ćwiczenia nauczył się ubocznemi mięśniami (zwłaszcza językiem) zastępować częściowo ubytek w podniebieniu, po miesiącach jednak można zawsze znakomite postępy zauważyć, jeżeli pacyjent pobiera pod umiejętnym kierunkiem systematyczne lekcyje mówienia i oduczy się owych ruchów zastępczych (*Surrogatbewegungen*). Najświetniejsze jednak rezultaty osięga starannie wykonany obturator w przypadkach nabytéj utraty podniebienia miękkiego. Tutaj mowa w bardzo krótkim czasie polepsza się, albowiem pacyjent mimowoli usiłuje zastosować otaczające mięśnie do nowych stosunków, uchem swojém rozróżnia nieprawidłowe tony swéj mowy i przez ćwiczenie głównie mięśnia *constr. phar. sup.* unika nosowego dźwięku téjże. Nie należy bowiem zapominać o tym fizyjologicznym pewniku, iż mowa wcale nie jest czynnością naturalną, jak np. trawienie, krążenie itd., ale zależy od wprawy mięśni gardziela i jamy ust; mięśnie te w chwili przesuwania się fal głosowych kurcząc się i rozkurczając, ścieśniają lub rozszerzają przejścia dla drgającego powietrza, przez co mowa staje się wyraźną i prawidłową. Brakiem tego ćwiczenia mięśni tłumaczy się trudność, jaką się napotyka przy wymawianiu pewnych właściwych dźwięków obcego języka, jak np. spółgłoski *ł* dla Niemca. W braku pewnéj grupy mięśniowéj, uboczne starają się wadę tę zastąpić. Jeżeli zatém nie dostaje podniebienia miękkiego i jama noso-gardzielowa zamkniętą być nie może, wówczas mięsień zdziergacz gardziela górny kurczy się mocniéj i wypukla ku przodowi. Praca jego jednak zwykle nie wystarcza i fale głosowe przedostają się do jamy nosa, przez co mowa pozostaje nosową. Wobec obturatora przejście to w miarę potrzeby zamyka się a wada, która w życiu pacyjenta tak wielką stanowi przeszkodę i poniekąd wyklucza go z ludzkiego towarzystwa, stale usuniętą zostaje.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Ermengem: **O szczepieniach Dra Ferrana.**

Z ramienia Rządu wysłany do Walencyi, aby zbadać wpływ szczepienia Dra Ferrana, donosi Ermengem, że u 300 zaszczepionych, których badał, można było spostrzedz następujące objawy: W 5 godzin powstaje po zewnętrznéj stronie ramienia obrzęk dosyć bolesny, który znika bez śladu po 12 lub 24 godzinach. Równocześnie spostrzega się stan gorączkowy, dreszczyki, niedogodę, pewne odurzenie a wszystkie te objawy stoją w prostym stosunku do miejscowéj zmiany zapalnéj. Rzadko tylko występują w tym okresie dwa lub trzy wodniste stolce bez cech specyficznych. Żadna z osób zaszczepionych nie doznawała przypadków, któreby mogły przypominać okres zamartwiczy, nie było nigdy bolesnych skurczów mięśniowych, czasem tylko przemijające stężenia. W licznych próbkach krwi osób zaszczepionych nie zdołano wykazać po 12 godzinach ani ziarenek (*microglobulie*) ani prątków. Nawet w okolicy obrzęku była krew prawidłową a po umieszczeniu jéj na gelatynie nie powstawały żadne hodowle. Stolców nie badano.

Szczepieni po raz wtóry przedstawiali też same objawy, jakkolwiek w niższym stopniu, może jednak sposób szczepienia odmienny w obu razach jest przyczyną mniejszego nasilenia przypadków. Pierwsze szczepienie odbywa się bowiem w ten sposób, że igłę strzykawki wbija F. prawie prostopadle do kości w części miękkie i wstrzykuje głęboko w układ mięśniowy, szczepiąc powtórnie postępuje tak samo jak się to czyni wśród wstrzykiwań podskórnych leków: ujmuje fałd skory i wbijając igłę w jego podstawę wstrzykuje płyn w tkankę podskórną. Ermengem nie spostrzegł iżby F. chronił swój płyn szczepienny od infekcyi z powietrza. Płyn ten przechowuje F. w czarce pokrytéj kawałkiem papieru; strzykawki nawet nie poddaje F. t. z. sterylizacyi przez kilkakrotne przepłukanie wrzącą wodą, słowem F. pomija wszelkie ostrożności, jakie się zwykło przestrzegać szczepiąc w pracowniach „*in anima vili*“. Nie byłoby tedy

dziwném gdyby po takiém szczepieniu spostrzeżono ropnicę lub ropień; zgodnie jednak z prawdą oświadcza Ermengem że w żadnym z tych 300 przypadków nie było ropienia po tém szczepieniu, a lekarze z Alciry stwierdzili że na 10.000 szczepień powstały ropnie w 7 lub 8 przypadkach. Ferran kładzie to na karb niedbalstwa swoich asystentów.

W Alcirze pojawiła się najprzód obecna epidemija. Miasto to stoi na gruncie aluwialnym, na wyspie utworzonéj przez dwa ramiona Jucar, i przedstawia najwyższy stopień niechlujstwa, które w Hiszpanii weszło w przysłowie. Wpływ wody na szerzenie się zarazy nie da się zaprzeczyć. Od czasu gdy mieszkańcy zaczęli po wybuchu zarazy pić wodę ze źródła leżącego zdala za miastem zmniejszyło się wybitnie nasilenie zarazy. Statystyka szczepień wykazuje że w Alcirze zaszczepiono w czasie od 1go maja do 25 czerwca około 10.000 osób: prawie polowę mieszkańców. Na cholerę umarło w tém miescie 130 osób w tych dwóch miesiącach, z tych było 120 nieszczepionych a tylko 10 osób szczepionych. Porównywając tę statystykę z liczbami uzyskanemi w innych miastach n. p. Burjasol, Murcyi itd. okazuje się że statystykę w Alcirze „zrobiono“ aby udowodnić skuteczność szczepień Dra Ferrana. Statystyka ta nie podaje niestety ani stanu, ani wieku, płci lub zajęcia zawodowego osób szczepionych. W Almesi, Alberique itd. statystyka jeszcze mniéj dowodzi.

Najważniejszą czynnością wśród badań Ermengema było przekonać się o obecności prątka przecinkowego w płynie, którego używał F. i to powiodło mu się rzeczywiście w kropli płynu wziętéj z pierwszego lepszego zbiornika: prątki znajdowały się niezmieszane z innemi organizmami, były one jednak niezbyt liczne, cieńkie i male, a odmian rozwojowych tychże, które F. miał odkryć, nie można było wykazać. W hodowlach spostrzegano kolonije prątków wejrzenia prawidłowego. E. nadmienia, że płyn odżywczy F. nie sprzyja rozwojowi prątka, który w tym płynie ginie szybko. Ferran starał się okazać E. owe dotąd nieznane a przez siebie odkryte postacie przejściowe prątka, E. sądzi jednak, ze ciałka do morwy podobne, które mu F. okazywał, nie pochodzą z zarodników prątka, są bowiem 10 razy większe od ciałka krwi czerwonego, a kształtem przypominają złogi moczanów, i rozpuszczają się w kwasie solnym i octowym.

Już okoliczności, że F. nie posługuje się wcale wśród swoich badań ulepszonemi sposobami używanemi obecnie w bakteryjologii, nie posiada soczewek przedmiotowych z immersyją ani oświetlenia Abbégo, nie barwi wcale prątków, które bada, mało wzbudzają zaufania do jego prac bakteryjologicznych. Przed wszelką naukową kontrolą uchylają się dotąd rezultaty jego dochodzeń, zwłaszcza że na pytania dotyczące kwestyj zasadniczych wzbrania się dać odpowiedź nazywając to wszystko „swoją tajemnicą,“ którą wyjawi dopiero w pracy przesłanéj do Akademii paryskiéj. (*Deutsche med. Woch.* 1885. Nr. 29).

Dr. Schaitter.

Wiadomości pomniejsze.

(S.) Szczupły zasób środków używanych **w leczeniu cukrzycy** powiększył się w ostatnich czasach o jeden nowy i to wcale niepośledni, jak to wynika z doświadczeń Dra Dornblühta z Rostoku (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*). Ma nim być salicyn. Obok niego stosował D., dla porównania, salicylan sodowy, jodoform i kwas karbolowy, wszystkie w przypadkach, gdzie wydzielanie cukru dochodziło do 300—400 gm. na dobę; były-to co prawda przypadki, gdzie już wpływ dyjety azotowéj działał korzystnie. Jodoform zarówno pod względem wpływu na stan ogólny, jak i na ilość wydzielanego cukru okazał się zupełnie nieskutecznym, podczas gdy trzy pozostałe dawały bardzo korzystne wyniki w obu kierunkach. Ilość cukru malała znacznie, nieraz zupełnie nikła, nawet wśród używania istot skrobiowatych, chorych przybywało na wadze, chorzy jędrnieli na siłach, do zupełnego jednak wyleczenia wśród obserwacyi D. nie przychodziło, jakkolwiek w każdym razie postęp choroby znacznie wolniał. Z trzech tych środków oddaje autor pierwszeństwo salicynowi, a to dla braku objawów ubocznych, które sprowadza kwas karbolowy w dawkach już dość małych (0·5 3 razy dziennie), jak również dla trwalszego działania salicynu w porównaniu z salicylanem sodu. D. podawał go do 18gm. dziennie, a 8grm. na dawkę bez żadnych szkodliwych następstw. Wobec tych korzystnych wyników skeptycyzm niektórych autorów względem wszelkich środków lekarskich w cukrzycy musi ustąpić, zwłaszcza tam, gdzie z powodu braku zasobów ograniczenie się do dyjety mięsnéj, która i tak zwykle po dłuższym czasie staje się wstrętną dla chorych, jest wprost niemożliwém. Zdaniem autora, leczenie czysto dyjetetyczne odpowiada jedynie wskazaniu symptomatycznemu, gdy leki, a zwłaszcza salicyn, działają wprost na przyczynę choroby. Świadczy o tém poprawa we wszystkich objawach, jak między innemi odporność wobec zakażenia przyrannego i mniejsza częstość zgorzeli. D. podaje 3—6 gm. salicynu na pół godziny przed obiadem, a po zniknięciu cukru w moczu pozwala nawet na używanie dziennie jednéj porcyi potrawy bezazotowéj, po poprzedniém jednak zażyciu 3—6 grm. salicynu. Dalsze doświadczenia wykażą, czy wyniki i w wyższych stopniach cukrzycy będą równie korzystne. (*Wiener med. Blätter*, 1885, Nr. 26).

(S.) **Leczenie błonicy nadniedokwasem wodu**. Zastosowanie środków antybakteryjnych w chorobach infekcyjnych, tak usprawiedliwione teoretycznie, rozbijało się zawsze o trudność uniknienia objawów zatrucia przy dawkach nieco większych, podczas gdy dawki mniejsze i roztwory nieszkodliwe nie mogły rozwinąć działania przeciwgrzybkowego. Badania Tharanda, Schönbeina i Stöhra nad silnie utleniającemi własnościami H_2O_2 wykazały, że niszczy on energicznie twory mikropasorzytnicze, nietracąc przy przechodzeniu przez błony zwierzęce swych własności katalitycznych. Podało to myśl szwajcarskiemu lekarzowi Vogelsangowi (*Memorabilien*, III, 1885) zastosowania tego środka w dyfteryi. Świetne rezultaty, jakie miał przytém otrzymać, opiera on na 2 dopiero leczonych w ten sposób przypadkach, które przedstawiały obraz prawdziwéj ciężkiéj dyfteryi, z wybitnemi błonami dyfterytycznemi na połyku, z gorączką 40°C., upadkiem sił wysokiego stopnia i białkomoczem. Wszystkie te objawy już na następny dzień miały znacznie sfolgować po użyciu 2% rozczynu (*Rp. Sol. hydrogen. superoxydat. (2%) 120·0 Glycerin. 3·0 M.D.S.* Co ½—2 godz. łyż. od kawy). Już po pierwszych dawkach wykrztuszały dzieci masę błon, ilość moczu zwiększyła się, noc była spokojna, białko znikło, ciepłota 37·6 (gdy dnia poprzedniego wynosiła 40°C.). Przy dalszém używaniu H_2O_2 po dwóch dniach od rozpoczęcia leczenia wśród wybitnéj euforyi miały ustąpić wszystkie objawy bez nawrotów. V. zaleca usilnie stosowanie tego środka w dyfteryi, dodając że można go także stosować w postaci inhalacyj przyrządem Sigla. (*Wiener med. Blätter*, 1885, Nr. 26).

(S.) Na posiedzeniu francuskiego Zjazdu chirurgów podał Verneuil wiadomość **o moczu barwy różowéj.** Wyniki swoich poszukiwań w tym przedmiocie, którym się już od roku 1867 bliżéj zajmuje, streszcza on w następujących punktach: 1) Mocz po pewnych zranieniach i operacyjach przybiera barwę różową

skutkiem osadu strącającego się na ścianach naczynia, a składającego się z istoty, którą V. nazywa kwasem różowym. 2) Występuje on dość szybko, niekiedy wnet po urazie, a towarzyszy mu zwykle zmniejszenie ilości i zagęszczenie moczu. Wydzielanie takiego moczu trwa nie dłużéj nad 3 dni, skutkiem czego łatwo może być przeoczoném. 3) Wywołują go urazy i rany rozmaitego rodzaju, otwarte i międzymiąższowe, u wprzód już chorych i u zdrowych na pozór. Bliższe jednak badanie co do innych towarzyszących objawów lub téż sekcyja wykazuje dość stale różne zmiany w wątrobie, jak marskość, chroniczny zastój, torbielki lub raka. 4) Najstalszym jest ten objaw w zmianach będących następstwem alkoholizmu, przyczém ten ostatni jest przyczyną usposabiającą, uraz zaś bezpośrednim bodźcem do wydzielania moczu różowego. 5) Ztąd przypisuje mu V. pewne znaczenie dyjagnostyczne w przypadkach, gdzie te zmiany w wewnętrznych narządach przebiegają w sposób utajony, a nawet i 6) co do rokowania gdyż objaw ten poprzedza zwykle następowe krwotoki i zgorzel. 7) Dla zapobieżenia tym możliwym komplikacyjom zaleca V. ścisłe przestrzeganie antyseptyki i staranne tamowanie krwotoku. (*Wiener med. Blätter*, 1885, Nr. 26).

(S.) Fürbringer z Jeny podał na Zjeździe klinicystów wewnętrznych w Wiesbadenie spostrzeżenia swoje **o białkomoczu na tle kiły i używaniu rtęci**. Stwierdził on w przebiegu leczenia rtęcią w okresie zmian drugorzędnych 8% przypadków białkomoczu z niezbyt znaczną ilością białka (poniżéj 0·5%). Nie znajdował jednak żadnych składników morfotycznych w moczu, któreby wskazywały na rozlaną zapalną naturę tego objawu. W 12% zaś kiłowych w okresie erupcyi spostrzegał białkomocz u osób, które nie używały rtęci (w przecięciu 0·1% białka); tu leczenie przeciwkiłowe usuwało wraz z innemi objawami i białkomocz, który uważa za objaw lekkiego zapalenia ostrego nerek w następstwie zakażenia.

Dr. Schuster z Akwizgranu potwierdził w dyskusyi spostrzeżenia F., dodając, że białkomocz w następstwie używania rtęci jest jednym z pierwszych objawów zatrucia, z którego wystąpieniem należy przerwać leczenie, jak z drugiéj znowu strony białkomocz na tle kiły nie stanowi wcale przeciwwskazania do używania rtęci, ale nawet przeciwnie ustępuje po rozpoczęciu tego ogólnego leczenia. Schuhmacher z Akwizgranu rozszerza jeszcze to wskazanie nawet na te przypadki, gdzie już przed zakażeniem kiłowém istniało zapalenie przewlekłe nerek, dołączając jednak do leczenia rtęcią kąpiele ciepłe. Nie widział on przytém leczeniu nietylko pogorszenia stanu nerek, ale nawet pewną poprawę, którą odnosi do używania kąpieli ciepłych. Ziemssen z Wiesbadenu nie obserwował w ogóle białkomoczu w następstwie leczenia rtęcią, przypisując to oględnéj metodzie, któréj używa w własnéj praktyce. Co się tyczy białkomoczu towarzyszącego kile, to jak to wykazuje na kilku przykładach, byłyto przypadki uznane, wbrew rozpoznaniu internistów i syfilidologów, przez okulistów za białkomocz niezależny od kiły, zmiany bowiem na siatkówce przedstawiały im się jako prosta *retinitis albuminurica*. (*Wien. med. Blätter*, 1885, Nr. 28).

(S.) **Kąpiele z nadmanganezianu potasu** okazały się bardzo skuteczne w pewnych chorobach skórnych, jak opisuje Dr. Hüllman z Hali (*Allg. med. Centr. Ztg. Arch. für Kinderheilk.*). H. wyleczył niemi w krótkim stosunkowo czasie przypadek wyprysku na tle zołzów u dziecka, który opierał się wszelkiemu dotąd leczeniu. Środek ten poleca i w innych chorobach skóry na tle zołzowém, świerzbiączce, wyprzaniu itp. w postaci kąpieli pełnych w takiém rozcieńczeniu, aby woda przybrała odcień fijoletowo-czerwony.

(S.) **Siarkan miedziowy** według Charpentiera ma cenne zalety jako środek przeciwgnilny i ściągający. C. zaleca go gorąco ginekologom, przyznając mu nawet wyższość nad kwasem karbolowym, a jako środkowi ściągającemu nad Fe_2Cl_6. Ma on w pierwszych 8—10 dniach połogu stosowany w 1% rozczynie przy 36—38°C. szybko obniżać gorączkę i ilość tętna, działając korzystnie na proces miejscowy. (*Wien. med. Blätt.*, 1885, Nr. 28).

IV. Listy z Madrytu o cholerze.

Podał Dr. M. Buzdygan.

I.

Madryt dnia 24 Lipca 1885.

W niniejszym liście mam zamiar przedstawić Szanownym Kolegom obecną opiniję, jakiéj doznaje we wszystkich warstwach społeczeństwa rozgłośna sprawa szczepienia cholery przez Dra Ferrana. Od początku wybuchu tegorocznéj cholery w Hiszpanii po dni ostatnie dokonał Dr. Ferran wraz z swymi pomocnikami przeszło 40.000 zaszczepień, a w téj liczbie na 380 lekarzach, ich rodzinach oraz uczniach medycyny, którzy jedni z pierwszych służyli mu za przedmiot doświadczeń. Pokaźna ta liczba powinna już była wyrobić jakie takie pojęcie o skutkach dodatnich albo ujemnych tych doświadczeń. Niestety rzecz ma się tu wręcz przeciwnie, im więcéj robi się doświadczeń tym większe powstaje zamięszanie i większa różnorodność pojęć. Z jednéj strony słyszy się wiele o zbawiennych skutkach inokulacyi, która zdaje się już przekonywać i zaciętych wrogów i wpajać wiarę w siebie, jako jedyny i niezawodny środek zabezpieczający od cholery, aliści z drugiéj strony znowu wkrótce rozwieje te piękne nadzieje pogłoska puszczona w obieg o niefortunnych rezultatach, gdzie zaszczepieni w pewnéj okolicy z malemi wyjątkami ulegli zjadliwéj chorobie. Wtedy Rząd każe zaniechać dalszych szczepień lub pozwala wykonywać je samemu Drowi Ferranowi a zabrania jego pomocnikom. — Do rzucania popłochu w opiniję publiczną i dyskredytowania doświadczenia Dra Ferrana przyczyniły się znacznie pielgrzymki do Walencyi uczonych francuskich i belgijskich, którzy bardzo lekko wyrażają się o twórcy inokulacyi a zaprzeczają nawet egzystencyi prątków cholerycznych w płynie używanym do szczepienia, Dr. Brouardel zaś miał się złośliwie wyrazić, że Dr. Ferran nie mógł widzieć *coma bacillus*, bo nie posiada nawet odpowiedniego mikroskopu. Takie pogłoski puszczane w świat w niczém się nie przyczyniają do wyświecenia prawdy i dotąd nikt nie przeprowadził umiejętnéj kontroli i nie sprawdził na miejscu doświadczeń Dra Ferrana. Z drugiéj strony faktem jest brak statystycznych dat, któreby w cyfrach przedstawiały rezultat doświadczeń i to jest ciemną stroną w postępowaniu Ferrana. Ztąd w całéj Hiszpanii krążą o całéj téj tak żywotnéj sprawie najsprzeczniejsze zdania; a wiele osób ze sfer lekarskich i rządowych uważa Dra Ferrana za szarlatana, który na swéj inwencyi robi doskonałe interesa.

Jako wierny obraz obecnego chaosu panującego w opinii nad sprawą Ferrana może posłużyć orzeczenie jakie dał Wydział lekarski w Madrycie w tych dniach Rządowi o szczepieniu cholery na podstawie relacyj umyślnie *ad hoc* wysłanéj Komisyi.

Orzeczenie to zawiera 7 punktów:

1. Wydział lekarski zgadzając się z orzeczeniem Ko-

misyi wyraża przekonanie, że epidemija panująca obecnie w Hiszpanii jest cholerą azyjatycką.

2. Co do pytania, czy ta choroba ma charakter zaraźliwy, czy kontagijny,—Wydział nie powziął stanowczego zdania, stwierdza tylko, że ta choroba przenosi się z miejsc zarażonych na miejsca dotąd wolne.

3. Wydział przyjmuje zdanie Komisyi, że płyn używany przez Dra Ferrana do szczepienia zawiera *coma-baccillus*.

4. Działanie tego płynu zależy od jego mocy, a to znów od większéj lub mniejszéj ilości prątków w płynie zawartych.

5. Nie mając dokładnych dat statystycznych Wydział nie może dać orzeczenia co do skuteczności szczepienia.

6. Wydział nie podziela zdania Komisyi, jakoby szczepienie samo przez się było rzeczą nieszkodliwą.

7. Dopóki metoda Dra Ferrana będzie osłonięta najmniejszym cieniem tajemniczości i dopóki rezultata nie wykażą jéj skuteczności, Wydział nie może jéj brać ani pod swoję opiekę, ani zalecać jéj publiczności, którą owszem chce przestrzedz przed możebnemi złemi skutkami szczepienia cholery.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w czerwcu 1885.

Epidemija tyfusu brzusznego zmniejsza się coraz bardziéj, począwszy już od maja b. r. i tak gdy w kwietniu stwierdzono ją w 114 miejscowościach, w maju panowała już tylko w 109, a w czerwcu w 81 miejscowościach 29 powiatów. Także i liczba leczonych chorych znacznie się zmniejszyła: w kwietniu 2.923, w maju 2.553, w czerwcu zaś tylko 1.804, gdy zaś z końcem maja pozostało jeszcze w leczeniu 606 chorych, z końcem czerwca pozostało 413. W ciągu czerwca wygasł tyfus brzuszny w powiecie przemyskim, niskim, zaleszczyckim i horodeńskim, w których więcéj był rozszerzonym, natomiast wzmógł się w powiecie rawskim, w równéj mierze utrzymuje się w jasielskim i żółkiewskim, w innych znacznie złagodniała epidemija. Z ogólnéj liczby 1.804 chorych, leczonych na tyfus brzuszny w czerwcu, wyzdrowiało 1.302 czyli 72·2%, umarło 89 czyli 4·9% (w maju 6·3% a więc i pod tym względem polepszenie) pozostało w leczeniu 413 w 40 miejscowościach.

Bardzo szybko ustępuje epidemija tyfusu plamistego. Gdy w maju leczono ogółem 1.603 osób w 66 miejscowościach na tyfus plamisty, z których 393 w 33 miejscowościach z końcem miesiąca w leczeniu pozostało, przybyło w ciągu czerwca do tych chorych tylko 421 osób, tak że ogółem leczono w czerwcu 814 chorych w 43 miejscowościach a 23 powiatach. Z téj liczby 814 chorych wyzdrowiało 667 czyli 81·9%, umarło 49 czyli 6%, pozostało w leczeniu 98 osób w 14 miejscowościach. W powiecie drohobyckim, w którym jeszcze w maju 11 gmin było nawiedzonych tyfusem plamistym, w czerwcu wygasła ta choroba zupełnie, toż samo w tarnopolskim (4 gmin), w innych powiatach epidemija ustępuje stopniowo. Więcéj niż 50 chorych w jednéj gminie stwierdzono w czerwcu tylko w Kozinie w powiecie stanisławowskim, w któréj na ludność 461 osób, zapadło od 16 marca br. 144 osób (z tych wyzdrowiało po koniec czerwca 108, umarło zaś 9 osób) daléj w Staroropie w pow. staromiejskim, gdzie na ludność 1.236 zachorowało 170 osób, z tych umarło 23, reszta wyzdrowiała.

Tyfus powrotny, który w jednéj gminie powiatu jaworowskiego panował, wygasł w połowie czerwca; z 21 leczonych chorych wyzdrowiało 17, umarło zaś 4 osób.

Płonica, która w kwietniu znacznie się zmniejszyła, a w maju znów przybrała większe rozmiary, w ciągu czerwca znów traci na rozszerzeniu, jakkolwiek śmiertelność jéj nie zmniejszyła się. W maju leczono ogółem 843 osób dotkniętych płonicą, z tych wyzdrowiało 67·5%, umarło 14%, pozostało w leczeniu 156 osób, do tych pozostałych przybyło w ciągu czerwca 444 chorych, a z ogólnéj liczby leczonych w czerwcu 600 chorych wyzdrowiało 403 czyli 67·2%, umarło 82 czyli 13·7%, pozostało w leczeniu 115 osób w 11 gminach, głównie w powiecie staromiejskim.

Dyfteryję stwierdzono w czerwcu w 5 gminach 5 powiatów. Z 63 leczonych w tym miesiącu chorych wyzdrowiało 31, czyli 49·2%, umarło 18 czyli 28·6%, pozostało w dwu miejscowościach 14 osób.

Czerwonka, która w maju tylko w trzech gminach panowała w czerwcu zaczęła się rozszerzać, aby jak corocznie w gorących miesiącach dojść do większego rozpowszechnienia.— W czerwcu stwierdzono tę chorobę w pięciu gminach pięciu powiatów, a z 101 leczonych chorych wyzdrowiało 49 czyli 48·5%, umarło 8 czyli 8%, pozostało w 4 gminach 44 osób w leczeniu.

Odra znów nieco się zmniejszyła; w czerwcu stwierdzono ją w 86 miejscowościach w 29ciu powiatach (w maju 102 gminy w 30 powiatach), przeważnie w powiecie krakowskim (13 miejscowości), w sanockim (10 miejsc.), w myślenickim (9 miejsc.), w sądeckim (7 miejsc.), w powiecie żywieckim już tylko w pięciu miejscowościach (w marcu 26).—Z 4.256 chorych leczonych na odrę w czerwcu wyzdrowiało 3.051, czyli 71·7%, umarło 153 dzieci czyli 36%, pozostało w leczeniu 1.052 w 44 gminach.

Krztusiec wzmaga się; w czerwcu stwierdzono go w 39 miejscowościach w 24ch powiatach, z ogólnéj liczby leczonych 2.021 chorych (w maju 1.637, w kwietniu 1.922), wyzdrowiało 1.299 czyli 64·3%, umarło 76 czyli 3·8% (w maju 4·8%) pozostało w leczeniu 646 osób, przeważnie w powiatach złoczowskim, myślenickim, wielickim i brzozowskim.

Ospa zaczyna wygasać i tak podczas gdy w maju w stolicy kraju i w 83 miejscowościach (w 23 powiatach) stwierdzono 1.415 chorych, w czerwcu było w 76 miejscowościach tylko 1.265 chorych, z tych wyzdrowiało 587 czyli 81·6% szczepionych, 282 czyli 52·5% nieszczepionych, umarło 41 czyli 5·6% szczepionych, 157 czyli 29·2% nieszczepionych; pozostało w leczeniu 100 szczepionych i 98 nieszczepionych (z końcem maja pozostało 189 szczepionych i 149 nieszczepionych). — W mieście Lwowie leczono w czerwcu 92 chorych ospowych, z tych umarło 2 szczepionych, 18 nieszczepionych, pozostało w leczeniu tylko 4, reszta wyzdrowiała. Najwięcéj rozpowszechnioną była ospa, jak w poprzednich miesiącach w pow. sądeckim w 14 miejscowościach, w tym jednym powiecie było w czerwcu 315 chorych ospowych w leczeniu, z tych umarło 57, pozostało na lipiec 53 chorych. Mniéj rozszerzoną była ospa w powiecie gorlickim, z 235 chorych ospowych leczonych w tym powiecie w 12tu gminach, wyzdrowiało 188, umarło 26, pozostało w leczeniu 21 chorych w trzech gminach.—Więcéj niż 25 chorych w jednéj gminie stwierdzono w Iwkowy (pow. Brzesko) 75 chorych; w powiecie gorlickim w Małastowie (26), w Pętny (44), w Sękowy (26) i w Uściu ruskiém (30); daléj w mieście Gródku (27 chorych), w Kamienicy (pow. limanowski) 35 chorych, w pow. sądeckim: we wsi Krynicy 49 chorych, tyleż w Tyliczu, w Muszynie 60; w Mikowie (w pow. sanockim) 27 chorych i w Siedliskach (pow. tarnowski) 32 chorych.

Lwów dnia 28 lipca 1885.

Dr. Józef Merunowicz.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5—11 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 33,6. Z odry umarło 4 (3 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z krztuśca 2 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 20 przypadkach odry, 5 płonicy, 6 krztuśca, 1 czerwonki. W tygodniu od 28 czerwca do 4 lipca umarło z ospy w Frankfurcie n.M. i Liwerpolu po 1; w Pradze 2; w Warszawie i Petersburgu po 3; w Bazylei i Paryżu po 4; w Londynie 26; w Wiedniu 36. Zapadło na ospę w Wrocławiu, Hamburgu, Szczecinie po 1, w Królewcu 2, w Wiedniu 88, w Londynie 94. Tyfus panuje w Wiesbadenie, gdzie zapadło 476. Z duru osutkowego umarł 1 w Londynie. Na cholerę zachorowało w Hiszpanii od 22 czerwca do 3 lipca 13,038, a umarło 6,186.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 28 czerwca do 4 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,5; w Poznaniu 30,0; w Warszawie 24,4; w Berlinie 27,9; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 28,2; w Hamburgu 25,4; w Lipsku 23,1; Mnichowie 32,9; w Amsterdamie 21,5; w Bazylei 21,2; w Brukseli 21,0; w Chrystyjanii

22,3; w Kopenhadze 19,3; w Londynie 17,5; w Odesie 47,4; w Paryżu 19,4; w Petersburgu 25,2; w Pradze 34,8; w Rzymie 21,6; w Stokholmie 23,9; w Wenecyi 21,8; w Wiedniu 31,1; w Zurychu 21,5. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 lipca. Ponieważ Redaktor Przeglądu Lek. przed kilkunastu dniami zapadł na zdrowiu, zastępuje go w czynnościach Doc. Dr. K. Grabowski; tenże zastępować go téż będzie odtąd aż do jego powrotu z wakacyj, w skutek tego upraszamy, aby wszelkie korespondencyje przesyłano pod adresem Dra Grabowskiego (ulica św. Filipa Nr. 191).

* Bown Lenval w Nicei przeznaczył 3,000 franków jako nagrodę dla wynalazcy przyrządu, któryby najlepiéj poprawiał bystrość słuchową u osób dotkniętych przytępieniem słuchu. Przyrząd ten ma być zbudowany na zasadzie mikrofonu i ma być wygodny do ciągłego noszenia. Przyrządy tego rodzaju zupełnie wykończone należy przesyłać do jednego z członków jury po dzień 31 grudnia 1887. Przewodniczącym jury jest prof. Hagenbach-Bischoff w Bazylei, członkami: Dr. Benni w Warszawie, prof. Dr. Burckhardt-Merian w Bazylei, Dr. Gellé w Paryżu i prof. Dr. Politzer w Wiedniu. Ogłoszenie wyroku jury nastąpi na 4tym Zjeździe otyjatrów w Brukseli (we wrześniu 1888 r.),

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd gości 5.435, w Gainfarn 906, w Luhaczowicach 1053, w Szczawnicy 2.083, w Gleichenbergu po dzień 21 lipca 3392 osób.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Docent prywatny Dr. B. Hatschek z Wiednia został zamianowany zwyczajnym profesorem zoologii na Uniwersytecie niemieckim. Dr. Jakób Fischel nadzwyczajny profesor psychijatryi na Wydziale lek. niemieckim w Pradze został przeniesiony w stan spoczynku, z wyrażeniem Najwyższego uznania. — **Wiedeń.** Docent med, wewn. Dr. Józef Breuer złożył tytuł docenta.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. F. Keesbacher, koncypient sanitarny Namiestnictwa w Krainie został zamianowany radzcą rządowym i referentem spraw lekarskich w témże Namiestnictwie. — Dr. P. Winkler w Poznaniu został zamianowany radcą lekarskim i członkiem kolegijum lekarskiego dla okręgu poznańskiego. — Dr. Vallin został obrany członkiem paryskiéj Akademii lekarskiéj na miejsce opróżnione przez śmierć Fauvela.

* **Nekrologjia.** W Rożniatowie w Królestwe umarł w 75 roku życia Dr. Teofil Pieczyński, b. wychowaniec wszechnicy wileńskiéj.— W Gastein umarł prof. Dr. Ludwik Schlager, licząc lat 56. Zmarły był uczniem Uniw. wiedeńskiego, od roku 1853 do 1860 sekundaryjuszem, od 1873 dyrektorem c. k. niższo austryjackiego zakładu dla obłąkanych w Wiedniu. Od roku 1878 był S. członkiem Najwyższéj rady sanitarnéj. Dotknięty od dłuższego czasu chorobą nerek nie był zdolnym do zajęć zawodowych od maja r. b. Kierownictwo zakładu objął tymczasowo radzca sanitarny Dr. Maurycy Gauster. — W Währing pod Wiedniem zmarł Dr. Albert Wagner, długoletni kierownik zakładu kąpielowego w Piszczanach.— W Salzbrunn zmarł znany wrocławski neurolog Dr. Oskar Berger w 41 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 30: Stankiewicza: Olbrzymi tłuszczak włóknisty okolicy lędźwiowéj. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 30: Fingera: Przyczynek do patologii i terapii rzeżączki cewki męskiéj; Kijewskiego: Sprawozdanie z sekcyj wykonanych w pracowni anatomo-patologicznéj prof. Brodowskiego w drugiém półroczu 1884 (dok.); Dreckiego: Z kazuistyki sądowo-lekarskiéj. Otrucie arszenikiem za życia rozpoznane sekcyją i rozbiorem chem. stwierdzone; Elsenberga: Przyczynek do statystyki szpitalnéj.

Redakcyja otrzymała:

T. HERING: Contribution a l'étude des érosions dites catarrhales et de leur rapport avec la tuberculose du larynx. (Odbicie z „Revue mensuelle de laryngologie itd.“)

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. we Lwowie. Artykuł otrzymaliśmy.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. K. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.